

受付年月日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決 裁 年 月 日	年 月 日
支 給 額	円

支 給 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日
---------	---------	---------

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

所属事業所 担当者印	印
---------------	---

**被保険者
被扶養者 療養費支給申請書**

(第 回目)

被 保 險 者 証 の 記 号 ・ 番 号	第 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の 所在地	名 称	電話 局 番		
				〒		
傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
傷 病 の 経 過						
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名称			所在地 及び電 話番号	〒	
	氏名					
診 療 又 は 手 当 の 内 容				入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日
				コルセット装着日	年 月 日	年 月 日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也
診療又は手当が被保 険者の選定に係る特 別の病室の提供、 その他厚生大臣が 定める療養を含む ときはその旨						
療養の給付又は 特定療養費もしくは 家族療養費の支給を 受けることのできな かった理由	該当にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 治療用装具のため <input type="checkbox"/> 立替治療費のため <input type="checkbox"/> その他 ()					
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実と 届出の有無	加害者の氏名				
		加害者の住所		〒		
被扶養者に関する 申請のとき	氏 名			生年 月日	明昭 大平	年 月 日
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)			フリガナ		口座名
上記のとおり申請します。 年 月 日						
				〒	住所	
ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿				氏名	印	

(注意事項)

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名		職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜		円	注射	皮下注射・静脈内 その他 回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回		検査	回 回 回 薬剤 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回		レゲ ン ト	回 回 回
指導				処置 及び 手術	回 回 回 薬剤 回
投薬	内服 屯服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回			
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）		その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）		合計	
	3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）			
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 〒 住所 医師 氏名 印					

委任状	私は 年 月 日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 金 円也の受領に関する事。
	年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 代理人の 住所〒 氏名 印
振込希望の銀行	銀行 支店（ 普通 当座 ）

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿 〒 受領者 住所 氏名 印
-----	---

（注意事項）

1. 領収書を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うへの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
3. 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。
この場合、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。